ENTENTES DE SERVICES POUR LES SITUATIONS DE CRISE ET SUICIDE

CENTRES DE RÉADAPTATION
CENTRES HOSPITALIERS
CLSC
CENTRE PRÉVENTION SUICIDE
INFO-SANTÉ RÉGIONAL
SERVICES AMBULANCIERS
SERVICES POLICIERS
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

DOCUMENT FINAL
JUILLET 2001

Rédigé par Mme Hélène Lafrenière
et traduit en anglais par Mme Ellen Lakoff

Publié également en anglais sous le titre
Service agreements for cases of crisis and suicide
ISBN 2-89547-042-1

ISBN 2-89547-025-1

Dépôt légal : 3ième trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

COMITÉ DE TRAVAIL

Les membres du comité de travail

Bourassa, Manon	Infirmière-chef à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Bousseau, Bernard	Directeur à la Sûreté municipale de Mirabel
Campbell, Julie K.	Directrice au Centre Prévention Suicide le Faubourg
Corbeil, Daniel	Coordonnateur du programme de psychiatrie adulte, Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Crevier, Michel	Propriétaire des Ambulances Michel Crevier inc.
Dumaraix, Nathalie	Psychiatre au CH Saint-Eustache
Galarneau, François	Directeur des opérations aux Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière
Jacques, Daniel	Adjoint à la Sûreté du Québec, district de Montréal, Lanaudière, Laurentides, Laval Bureau de la surveillance du territoire
Lachaîne, Colette D.	Coordonnatrice médicale aux services préhospitaliers d'urgence à la Régie régionale des Laurentides
Lafrenière, Hélène	Agente de planification, de programmation et de recherche à la Régie régionale des Laurentides, responsable du dossier
Lampron, Isabelle	Chef de l'administration de programmes : Info-Santé régional, clinique ambulatoire et centre de prélèvement au CLSC Thérèse-de-Blainville
Larose, Diane	Conseillère clinique en santé mentale au CH et CR Antoine-Labelle
Marsolais, Gilles	Conseiller clinique aux services d'aide en situation de crise des Basses-Laurentides
Masse, Pierre	Coordonnateur local en santé mentale au CLSC Arthur-Buies
Morin, Gilles	Coordonnateur local en santé mentale au CLSC-CHSLD des Trois-Vallées
Pelletier, Michèle	Directrice des services professionnels à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Provencher, Claudette	Agente de planification et de programmation en santé physique à la Régie régionale des Laurentides

Collaborateurs spéciaux

Jodoin, Colette	Avocate aux relations communautaires à la Sûreté du Québec, district de Montréal, Lanaudière, Laurentides, Laval
Séguin, Pierre P.	Vice-président-Affaires juridiques aux Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière
Yelle, Richard	Coordonnateur en santé mentale au Centre du Florès (hébergement de crise)

Rédaction du document

Lafrenière, Hélène	Agente de planification, de programmation et de recherche à la Régie régionale des Laurentides, responsable du dossier

Révision du document

Lachaîne, Colette D.	Coordonnatrice médicale aux services préhospitaliers d'urgence à la Régie régionale des Laurentides

Coordination

Désy, Jean	Coordonnateur des programmes santé mentale, adaptation sociale et toxicomanie à la Régie régionale des Laurentides

106-03338/

AVANT-PROPOS

Ce document est la version officielle des « **Ententes de services pour les situations de crise et suicide** » pour la région des Laurentides. Il décrit la mission, le rôle et les responsabilités de chacune des ressources concernées, et de façon plus particulière, les procédures permettant l'application des ententes de services.

Grâce à la collaboration de tous les membres du Comité de travail et des consultations étendues sur quelques mois, nous sommes parvenus, à l'aide de compromis de part et d'autre, à ces ententes de services régionales qui semblent satisfaire l'ensemble des partenaires et collaborateurs.

Cette version est donc celle qui fait suite aux signatures, concrétisant ainsi des liens préalables à l'harmonisation des services offerts à une clientèle présentant des problèmes dont l'état mental en demeure en grande partie la cause, et dont la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.Q 1997, c.75)* et la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* se veulent des mécanismes favorisant une meilleure réponse à leurs besoins. Leur application débutera le 1er août 2001.

Nous tenons à remercier tous ceux et celles qui ont participé à cette démarche, particulièrement les membres du comité de travail ainsi que le personnel de soutien qui a permis une présentation plus rigoureuse du présent document.

CENTRES ET SERVICES CONCERNÉS PAR LES ENTENTES DE SERVICES

Établissements

Centre du Florès	Alain Gervais	Directeur général
CH et CR Antoine-Labelle	Robert Bergeron	Directeur général
Hôpital d'Argenteuil	Claudette Lagacé	Directrice générale par intérim
CH Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	Lucie Dauphin	Directrice générale
Centre hospitalier Laurentien	Jacques Gaudette	Directeur général
Centre hospitalier Saint-Eustache	Mario Larivière	Directeur général
CLSC d'Argenteuil	Suzanne Gougeon	Directrice générale par intérim
CLSC Arthur-Buies	Georges LeGal	Directeur général
CLSC Jean-Olivier-Chénier	Gylaine Boucher	Directrice générale
CLSC des Hautes-Laurentides	Denis Bouchard	Directeur général
CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	Jacqueline Gagnon	Directrice générale
CLSC Thérèse-de-Blainville	Jocelyn Ouellet	Directeur général
CLSC-CHSLD des Trois-Vallées	Christine Lessard	Directrice générale
Info-Santé régional	Jocelyn Ouellet	Directeur général

Organisme communautaire

Centre Prévention Suicide Le Faubourg	Julie K. Campbell	Directrice

Services ambulanciers

Ambulance André Fournier enr.	André Fournier	Directeur
Ambulance Mont-Tremblant Inc	Serge Gagnon	Directeur
Ent. Bouchard, Ouellette et Riopel Inc.	Yvon Bouchard	Directeur
Kanesatake Mobile Service Inc.	Ronald Bonspille	Directeur
Les ambulances Gilles Thibault inc.	Gilles Thibault	Directeur
Les Ambulances Laurentides Inc.	Gilles Légaré	Directeur
Les Ambulances Michel Crevier Inc.	Michel Crevier	Directeur
Service d'ambulance bénévole Hatzoleh	Israël Lowen	Directeur
Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière ltée (SPLL)	Lise Goyer	Directrice

CENTRES ET SERVICES CONCERNÉS PAR LES ENTENTES DE SERVICES (suite)

Sûretés municipales

Régie intermunicipale de police de Rivière-du-Nord	Jean Lalonde	Directeur de police
Ville de Blainville	Albert Stringer	Directeur de police
Ville de Boisbriand	Michel Foucher	Directeur de police
Ville de Deux-Montagnes	Marc Henrico	Directeur de police
Ville de Lachute	André Montpetit	Directeur de police
Ville de Lorraine	Serge Charrette	Directeur de police
Ville de Mirabel	Bernard Bousseau	Directeur de police
Ville de Morin-Heights	Ernest Wood	Directeur de police
Ville de Rosemère	Daniel Thibodeau	Directeur de police
Ville de Saint-Adolphe-d'Howard	Jean-Guy Lussier	Directeur de police
Ville de Sainte-Adèle	Jean Lalonde	Directeur de police
Ville de Sainte-Agathe-des-Monts	Pierre Lanthier	Directeur de police
Ville de Sainte-Thérèse	Claude Brosseau	Directeur de police
Ville de Saint-Eustache	Yves Morency	Directeur de police
Ville de Saint-Jérôme	Pierre Bourgeois	Directeur de police
Ville de Mont-Tremblant	Pierre Bernaquez	Directeur de police
Ville de Saint-Sauveur-des-Monts	Jean Pagé	Directeur de police

Sûreté du Québec

Laurentides	Jacques Beaupré	Commandant du district de Montréal, Laurentides, Lanaudière et Laval (MLLL)

TABLE DES MATIÈRES

Page

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1

ORIENTATIONS RETENUES POUR LES ENTENTES DE SERVICES 3

1.1 Objets de l'entente 3
1.2 Objectifs poursuivis et résultats attendus 3
1.3 Principes sous-jacents à la collaboration 4
1.4 Clientèle potentielle 4

CHAPITRE 2

PRÉSENTATION DU PROJET DE LOI N^{O} 39 ET DE LA STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ACTION FACE AU SUICIDE 5

2.1 Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui 5
2.1.1 Une loi d'exception 5
2.1.2 Principes directeurs de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) 6
2.1.3 Droits et recours des personnes sous garde 6

2.2 La Stratégie québécoise d'action face au suicide 6
2.2.1 Les services d'aide en situation de crise 7
2.2.2 L'intervention 7

CHAPITRE 3

MÉCANISMES D'ACCÈS ET DE COLLABORATION 9

3.1 Demande d'aide entrant par le service d'appels d'urgence 10
3.1.1 Procédures lorsque la personne est amenée à l'urgence du centre hospitalier 15
3.2 Demande d'aide entrant par le réseau de la santé et des services sociaux 16
3.2.1 Procédures lorsque la personne est amenée à l'urgence du centre hospitalier 20
3.3 Références au Centre d'hébergement de crise Le Soleil Levant/Centre du Florès 21
3.4 Ententes spécifiques au Centre Prévention Suicide le Faubourg 22

CONCLUSION 23

BIBLIOGRAPHIE 25

ANNEXES

Annexe 1 : Mission, rôle et responsabilités des différentes ressources pouvant intervenir dans les situations de crise ou de suicide

Annexe 2 : Lexique

Annexe 3 : Demande d'aide pour les situations de crise-suicide entrant par le service d'appels d'urgence

Annexe 4 : Demande d'aide entrant par le réseau de la santé et des services sociaux

Annexe 5 : Formulaire de transmission d'information en situation de crise dans la région des Laurentides

Annexe 6 : Extrait de la *Loi sur la protection de personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-même et pour autrui, L.Q. 1997, c. 75*

Annexe 7 : Extrait de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'application du projet de Loi n° 39, ***Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger grave pour elles-mêmes ou pour autrui***, et de la ***Stratégie québécoise d'action face au suicide***, la Régie régionale des Laurentides a mandaté un comité de travail afin d'élaborer des ententes de services intersectorielles pour les situations de crise et de suicide. Dans un objectif d'harmonisation des services offerts à cette clientèle ou, plus particulièrement, dans une optique de services intégrés selon la terminologie des grandes orientations ministérielles, le comité de travail a tenté d'établir les différentes situations qui demanderont une prestation concertée des services aux personnes en situation de crise. Pour ce faire, différentes situations nous semblant les plus probables ont été ciblées et des procédures élaborées pour chacune d'entre elles. **Il est à noter que les situations décrites ne rentrent pas toutes sous l'égide du projet de Loi n° 39 et qu'elles présentent plutôt une certaine gradation avant d'atteindre un niveau de danger grave et immédiat.**

De plus, la coordination des services étant un élément de base pour répondre adéquatement à ces personnes, le comité a défini des rôles clairs pour chacun des services ou ressources, dont vous trouverez une brève description à l'annexe 1, ainsi que des mécanismes de référence et de collaboration essentiels à cette coordination. Ainsi, ces ententes de services devraient venir consolider cette coordination en liant l'ensemble des partenaires (CLSC, hôpitaux, centre prévention suicide, services policiers, organismes communautaires, etc.). Il n'en demeure pas moins que des protocoles d'intervention (procédures internes) devront également être élaborés dans chacune de ces ressources, où ces ententes de services viendront appuyer leur application en facilitant le recours aux services jugés nécessaires. Néanmoins, ces mécanismes de coordination devront être connus par l'ensemble des intervenants concernés.

Enfin, nous devons retenir que cette clientèle est particulièrement vulnérable, que ce soit dans une situation où elle présente un danger grave pour elle-même ou pour autrui ou dans une situation de crise suicidaire. Les membres du comité ont donc tenu compte de la nécessité d'actions rapides et d'interventions adaptées aux circonstances dans l'élaboration des ententes de services. De plus, le souci d'éviter l'engorgement des urgences tout en assurant les services essentiels à la personne en situation de crise, ainsi qu'un suivi adapté, est demeuré présent lors de la conceptualisation de ces ententes de services. L'objectif d'une telle démarche demeure, avant tout, une accessibilité rapide et pertinente à des services adaptés aux besoins de ces personnes afin de leur permettre un retour à un équilibre satisfaisant.

Chapitre 1

ORIENTATIONS RETENUES POUR LES ENTENTES DE SERVICES

1.1 Objets de l'entente

Les ressources intersectorielles impliquées au niveau de l'application du projet de Loi n° 39[1] et de la Stratégie québécoise d'action face au suicide conviennent d'établir des modalités de collaboration dans la dispensation des services aux personnes en situation de crise-suicide lorsque les besoins spécifiques de celles-ci requièrent la contribution d'un autre établissement, organisme ou ressource du milieu, compte tenu de sa mission, de ses services et programmes.

- Considérant d'abord qu'il faut faciliter et simplifier l'accès aux services et à ceux qui sont pertinents;
- Considérant que la demande de services peut entrer par un service d'appels d'urgence (ex. : 911) ou par le réseau de la santé et des services sociaux;
- Considérant, d'autre part, qu'une coordination efficace des activités cliniques améliorerait la qualité des services au client;
- Considérant qu'une coordination efficace des activités cliniques permettrait de s'assurer que le client reçoive les services requis et qu'il ne tombe pas « entre deux chaises ».

Il est convenu que le présent document décrive d'abord des modalités de collaboration entre les différents intervenants dans la dispensation des services et définisse en annexe la mission, le rôle et les responsabilités de chacune des ressources impliquées.

1.2 Objectifs poursuivis et résultats attendus

Les objectifs poursuivis par ces ententes de services sont d'arriver à un meilleur arrimage entre les services offerts ainsi qu'à harmoniser les collaborations des différentes personnes susceptibles de répondre à une demande d'aide en situation de crise. Les résultats attendus sont une réponse rapide et concertée aux besoins des personnes en situation de crise, mais principalement une réponse harmonieuse où chacun sait qui fait quoi et à quoi il peut s'attendre des autres services. Le support, l'entraide et le développement d'alliances intersectorielles sont également souhaités.

---

[1] Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger grave pour elles-mêmes ou pour autrui, ci-après citée la Loi.

1.3 Principes sous-jacents à la collaboration

La collaboration entre les différents partenaires prend son sens dans une volonté commune d'améliorer la qualité des services au client. Une approche globale du client est privilégiée. Cette collaboration devrait favoriser une plus grande complémentarité des services et faire en sorte que le client soit continuellement supporté dans sa démarche de recherche de services. Cette collaboration devrait être fondée sur un ensemble de valeurs ou de principes mutuellement partagés, notamment au niveau d'attitudes de respect, d'ouverture, de compréhension et de courtoisie. De plus, une collaboration fonctionnelle requiert, entre autres :

- une connaissance des services dispensés par les partenaires ainsi que de leur fonctionnement interne;
- l'établissement d'un langage commun dans la vision des besoins du client;
- une complémentarité des services entre les ressources;
- une reconnaissance des expertises des partenaires;
- le respect de la mission des différentes ressources utilisées;
- l'implication entière et soutenue des directions dans la promotion et l'actualisation de cette collaboration;
- la mise sur pied de mécanismes territoriaux et d'un mécanisme régional pour assurer la promotion, le suivi et la révision des collaborations intersectorielles.

1.4 Clientèle potentielle

Les personnes en situation de crise, qui peuvent nécessiter une intervention, vivent des problématiques aiguës principalement associées :

- aux problèmes de santé mentale sévères et persistants;
- au suicide;
- aux problèmes d'automutilation;
- aux problèmes transitoires de santé mentale ou aux problèmes psychosociaux;
- aux problèmes d'agression;
- à l'alcoolisme et à la toxicomanie;
- à la détresse psychologique;
- à l'itinérance.

Chapitre 2

PRÉSENTATION DU PROJET DE LOI N^{O} 39 ET DE LA STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ACTION FACE AU SUICIDE

2.1 LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI

Adoptée et sanctionnée le 18 décembre 1997, et entrée en vigueur le 1er juin 1998, nous la retrouvons présentement sous l'appellation L.R.Q., chapitre P-38.001. Elle remplace la *Loi sur la protection du malade mental* et complète les dispositions du Code civil en matière de garde en établissement et d'évaluation psychiatrique. Avant l'adoption de cette Loi, ce processus exigeait qu'une requête au tribunal soit déposée à cet effet. La nouvelle mesure introduit ainsi la déjudiciarisation du processus menant une personne, contre son gré, à un établissement de santé.

Son **objectif** est d'assurer une meilleure protection à la personne concernée ou à autrui et, pour ce faire, elle porte atteinte à des droits fondamentaux autrement reconnus dans d'autres lois. En ce sens, la Loi est dite d'exception et elle permet, sous certaines conditions strictes, de passer outre au consentement des personnes et de les priver temporairement de leur liberté afin de les amener, contre leur gré, vers un établissement pour y subir un examen et ceci, dans le but d'assurer leur sécurité ou celle d'autrui.

2.1.1 Une Loi d'exception

La Loi constitue ainsi le seul fondement légal permettant de priver une personne de sa liberté parce que l'état mental de celle-ci représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Le titre de la loi vient clairement préciser son champ d'application soit : le danger qu'une personne représente pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental.

Ainsi, aucune maladie mentale particulière n'entraîne en soi la mise en œuvre de la Loi. C'est seulement sur la base d'un état mental dangereux pour soi ou pour les autres que la Loi pourra s'appliquer. De plus, **elle n'est appliquée que lorsque les autres interventions ont été tentées et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection des personnes en cause**.

La Loi n'est pas une mesure de traitement mais uniquement une mesure de garde. Enfin, parce que ces règles juridiques portent atteinte aux droits fondamentaux des personnes, elles sont des règles d'exception et elles doivent être rigoureusement suivies.

2.1.2 Principes directeurs de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ)

- Assurer un juste équilibre entre l'exercice des droits de la personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui et le pouvoir d'intervenir auprès de celle-ci lorsque sa sécurité ou celle d'autrui est menacée;

- Favoriser une réponse adéquate, rapide et le plus près possible du milieu de résidence de la personne;

- Privilégier une approche humaniste et normalisante à chacune des étapes du processus d'intervention auprès de la personne;

- Refléter l'esprit et la lettre de la Charte des droits et libertés de la personne, du Code civil du Québec et des autres lois en vigueur.

2.1.3 Droits et recours des personnes sous garde

- Le droit à l'information : - par l'agent de la paix,
  - par l'établissement;
- Le droit d'être informé sur ses droits;
- Le droit de recevoir de l'information sur sa condition;
- Le droit à la communication;
- Le droit au transfert d'établissement sous certaines conditions;
- Le droit de recours auprès du tribunal administratif du Québec;
- Les autres droits (tous ceux reconnus par les Chartes, le Code civil du Québec et les autres lois applicables).

2.2 LA STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ACTION FACE AU SUICIDE

Dans la même foulée, nous avons inclus les situations de crise liées au suicide. Pour ce faire, la Stratégie québécoise d'action face au suicide a été un guide dans l'inventaire des ressources existantes ainsi que pour la mise en place d'une gamme essentielle de services afin de favoriser l'application de la Loi ainsi que l'atteinte des objectifs de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, de permettre une meilleure coordination de ces services et rendre ainsi les actions plus efficaces. La mise en place des services d'aide en situation de crise et la consolidation du réseau ont donc précédé les démarches de consultation avec les autres secteurs d'activités. Enfin, en identifiant clairement les services oeuvrant en intervention de crise, cela devrait favoriser l'utilisation de moyens et d'alternatives au recours à la Loi et contribuer à la prévention du suicide.

2.2.1 Les services d'aide en situation de crise

Les services d'aide en situation de crise ont été structurés autour de deux principes organisationnels et de deux types d'intervention, soit : des services disponibles en tout temps, 24/7, et des services accessibles localement. Les interventions ciblées consistent à mettre en place un service d'écoute téléphonique et à constituer, pour des cas d'urgence, des équipes mobiles pour intervenir dans le milieu où se déroule la crise. Les services d'aide en situation de crise sont toujours fondés sur l'intervention d'une personne formée à cette fin, dans le but de diminuer la tension, prévenir la dangerosité et orienter la personne en situation de crise vers des services adaptés à plus long terme.

Les services d'aide en situation de crise des CLSC, incluant l'Info-Santé régional, sont mandatés pour faire l'estimation de la situation de crise (selon ce qui est prévu dans la Loi) ainsi que le Centre Prévention Suicide le Faubourg pour sa clientèle.

2.2.2 L'intervention

L'intervention peut se faire au téléphone ou face à face. Actuellement, certains services de crise des CSLC comprennent une équipe mobile de crise qui peut se rendre sur les lieux de l'événement.

Il est important de préciser que les interventions auprès des personnes en difficulté doivent tenter principalement de désamorcer la crise vécue par la personne et ainsi éviter le recours à l'hospitalisation. Ce n'est donc qu'après avoir tenté de résorber la crise vécue par la personne et devant la perception que le danger demeure grave et immédiat que l'intervenant pourra, en l'absence de consentement de la personne, demander aux agents de la paix d'amener la personne vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi. La présence de l'intervenant sur les lieux pour apprécier la situation vise aussi, en plus de tenter de désamorcer la crise, à proposer des alternatives en vue de sa résolution et obtenir le consentement de la personne, si son état nécessite qu'elle reçoive des soins d'urgence. Pour les équipes mobiles de crise, leur mission, en intervenant sur place, consiste donc à désamorcer la crise et à prévenir l'hospitalisation involontaire en ayant recours à d'autres ressources ou services disponibles dans la communauté.

L'intervenant désigné pour l'estimation des situations de crise doit donc :

- estimer le niveau de dangerosité et offrir l'aide que la situation requiert;
- dans le cas de danger grave et immédiat, rechercher le consentement de la personne pour qu'elle puisse se protéger de ce danger (urgence du centre hospitalier, hébergement de crise ou autres);

- s'il y a refus de la personne concernée, demander l'intervention d'un agent de la paix pour la conduire vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi et transmettre toute l'information pertinente à l'agent de la paix responsable du transport de la personne.

Enfin, **la dangerosité est l'unique condition permettant l'application de la Loi** (C.C.Q, art. 27).

La Loi définit deux niveaux de dangerosité[2]:

- *L'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui.* Ce niveau peut conduire une personne à être mise sous garde provisoire (garde autorisée par le tribunal en vue d'une évaluation psychiatrique).

- *L'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.* Ce niveau peut conduire une personne à être mise sous garde préventive et ce, sans l'autorisation du tribunal et sans son consentement. Il s'agit donc d'une situation exceptionnelle qui nécessite simultanément la preuve du danger et de l'urgence et qui commande une intervention immédiate pour protéger la vie ou l'intégrité de la personne ou de celle d'autrui.

Impératifs à l'intervention de crise :

- intervenir à proximité de la crise ;
- intervenir le plus tôt possible auprès de la personne en crise et de son entourage afin de prévenir tout passage à l'acte et une détérioration de la santé mentale;
- intervenir sur les stresseurs à l'origine de la crise (afin d'éviter une récurrence);
- intervenir en impliquant l'aidé(e) (si l'état de la personne le permet);
- intervenir en impliquant l'entourage ;
- s'assurer de la continuité de l'intervention;
- agir en concertation;
- tenter de maintenir la personne dans son milieu;
- rechercher le consentement de la personne;
- éviter le plus possible le recours à l'hospitalisation et favoriser une alternative lorsque cela est possible (ex.: l'hébergement de crise).

[2] Voir annexe 2 : « Lexique », pour d'autres définitions.

Chapitre 3

MÉCANISMES D'ACCÈS ET DE COLLABORATION

L'intervention en situation de crise, lorsque cette dernière réfère à l'état mental d'une personne, peut relever de l'application de la **Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui,** L.Q. 1997, c. 75. Ainsi,

CONSIDÉRANT QUE toute personne apte à consentir peut refuser des soins ou refuser d'être transportée vers un centre hospitalier et que l'aptitude à consentir de façon libre et éclairée est une question de faits qui s'apprécie au moment de l'intervention;

CONSIDÉRANT QUE tout être humain a droit à l'inviolabilité et à la dignité de sa personne et que l'on ne peut porter atteinte à ces droits fondamentaux sans une autorisation de la Loi;

CONSIDÉRANT QUE le policier peut, en vertu de l'article 8 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé par l'article 6 : 1) à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui ou 2) à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil du Québec, lorsque aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui ;

CONSIDÉRANT QUE l'intervenant du service d'aide en situation de crise ou de l'accueil psychosocial des CLSC est la première personne désignée pour estimer la situation de crise ;

CONSIDÉRANT QUE l'intervenant psychosocial d'Info-Santé régional est la personne désignée pour estimer la situation de crise par téléphone aux heures de fermeture des CLSC ;

CONSIDÉRANT QUE l'intervenant du Centre Prévention Suicide le Faubourg peut également estimer la situation de crise par téléphone pour sa clientèle ;

CONSIDÉRANT QUE l'intervenant du Centre d'hébergement de crise peut estimer la situation de crise de la personne hébergée à la ressource ;

CONSIDÉRANT QUE le technicien ambulancier n'est pas autorisé par la Loi à soigner et à transporter une personne en crise contre son gré à moins que la personne ne soit pas apte à consentir et qu'il s'agisse d'un cas d'urgence ;

CONSIDÉRANT QU'il appartient au policier de maintenir l'ordre et la sécurité publique et de protéger la vie ;

CONSIDÉRANT QUE l'usage de la force comme moyen de contrôle ou d'immobilisation d'une personne en crise doit être justifié et raisonnable, compte tenu de l'état physique et mental de la personne ;

CONSIDÉRANT l'importance d'assurer une réponse rapide et des interventions adaptées aux besoins des personnes en situation de crise tout en évitant l'engorgement des salles d'urgence et des délais dans la remise en disponibilité des ressources ambulancières et policières ;

CONSIDÉRANT QUE les besoins spécifiques des personnes en situation de crise peuvent être, selon les circonstances, répondus par des organismes ou des ressources du milieu, compte tenu de leur mission, de leurs ressources et de leurs programmes ;

CONSIDÉRANT QUE les interventions auprès des personnes en situation de crise doivent chercher principalement à désamorcer la crise et ainsi éviter le recours à l'hospitalisation ;

CONSIDÉRANT QUE les heures où l'intervenant désigné peut se déplacer pour l'estimation de la situation de crise sont de 8 h 30 à 20 h 30 du lundi au vendredi et de 8 h 30 à 16 h 30 les fins de semaine et congés fériés et qu'il ne lui sera pas toujours possible de se rendre sur les lieux en temps utile pour estimer la situation de crise.

Il est convenu que les différents intervenants (policiers, techniciens ambulanciers, intervenants désignés pour l'estimation des situations de crise) agiront de la façon suivante, selon la situation qui se présente.

3.1 DEMANDE D'AIDE ENTRANT PAR LE SERVICE D'APPELS D'URGENCE[1]

Situation n° 1

⇨ La personne est en crise, elle ne présente aucun problème physique apparent et elle accepte les services d'aide qui lui sont offerts.

- Le policier ou le technicien ambulancier, selon celui qui arrive le premier sur les lieux, téléphone à l'intervenant désigné à partir des lieux où se trouve la personne en crise, afin que ce dernier estime si l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. L'estimation peut se faire par téléphone ou sur les lieux.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère qu'il n'y a aucun danger grave et immédiat pour la personne ou pour autrui, et que la personne accepte les services d'aide offerts, cette dernière est laissée sur place.

[1] Voir annexes 3 : « Demande d'aide pour les situations de crise-suicide entrant par le service d'appels d'urgence » (ex. : 911).

- Si l'intervenant considère qu'il peut y avoir un danger à laisser la personne sur les lieux, sans qu'il soit grave et immédiat pour elle–même ou pour autrui, il pourra, entre autres, conduire cette dernière en hébergement de crise avec son consentement.

L'intervenant ne peut se rendre sur place

- L'estimation se fait par téléphone.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère qu'il n'y a aucun danger grave et immédiat pour la personne ou pour autrui et que la personne accepte les services d'aide offerts, cette dernière est laissée sur place. Lorsqu'il est sur les lieux, le technicien ambulancier consigne le nom de l'intervenant et les motifs de la décision de ce dernier.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère qu'il peut y avoir un danger à laisser la personne seule, sans qu'il soit grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, et qu'elle accepte les services offerts, l'intervenant peut lui offrir :
  1) un suivi intensif de crise ;
  2) un hébergement de crise (si l'intervention est de nuit, la possibilité d'hébergement peut être pour le lendemain, le danger étant non grave et non immédiat) ;
  3) ou, en l'absence d'un proche pour conduire cette personne, elle peut être transportée par ambulance vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi. Le technicien ambulancier consigne alors le nom de l'intervenant et les motifs de la décision de ce dernier.

Situation n° 2

⇨ La personne est en crise, elle ne présente aucun problème physique apparent mais elle refuse les services d'aide qui lui sont offerts.

- Le policier ou le technicien ambulancier, selon celui qui arrive le premier sur les lieux, téléphone à l'intervenant désigné à partir des lieux où se trouve la personne en crise, afin que ce dernier estime si l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. L'estimation peut se faire par téléphone ou sur les lieux.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère que la personne ne présente pas un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, et que la personne refuse toujours les services d'aide offerts, la personne est laissée sur place. Lorsqu'ils sont présents, les techniciens ambulanciers documentent le refus et consignent le nom de l'intervenant et les motifs de sa décision. Si la personne accepte les services d'aide offerts, l'intervenant l'assiste pour fixer un rendez-vous au CLSC.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère que la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et qu'elle refuse toujours les services d'aide offerts, la personne est amenée par le policier, au besoin avec l'aide du technicien ambulancier, vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi.

- Si la condition ou le comportement de la personne en crise justifie une immobilisation sur civière pour sa propre sécurité et/ou celle du policier, le policier peut alors demander assistance aux techniciens ambulanciers ; le cas échéant, la personne en crise est transportée dans le véhicule ambulancier vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi et ce, avec le policier à bord lorsque les circonstances le permettent et le justifient.

- Si, suite à un premier refus, la personne accepte les services d'aide qui lui sont offerts, la personne est alors transportée à bord du véhicule ambulancier vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi. Dans ce cas, la présence du policier à bord du véhicule n'est pas nécessaire, mais ce dernier peut escorter le véhicule ambulancier jusqu'à cet établissement si la situation le requiert.

L'intervenant ne peut se rendre sur place

- L'estimation se fait par téléphone.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère qu'il n'y a aucun danger grave et immédiat pour la personne ou pour autrui et que la personne accepte les services d'aide offerts, cette dernière est laissée sur place. Lorsqu'il est sur les lieux, le technicien ambulancier consigne le nom de l'intervenant et les motifs de la décision de ce dernier.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère qu'il peut y avoir un danger à laisser la personne seule, sans qu'il soit grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, et qu'elle accepte les services offerts, en l'absence d'un proche pour conduire cette personne, elle est transportée par ambulance vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi. Le technicien ambulancier consigne le nom de l'intervenant et les motifs de la décision de ce dernier.

Situation n° 3

⇨ La personne est en crise, elle présente un problème physique non urgent et elle refuse les services d'aide offerts.

- Le policier ou le technicien ambulancier, selon celui qui arrive le premier sur les lieux, téléphone à l'intervenant désigné à partir des lieux où se trouve la personne en crise afin que ce dernier estime si l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. L'estimation peut se faire par téléphone ou sur les lieux ;

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère que la personne ne présente pas un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et que la personne refuse toujours les services offerts, la personne est laissée sur place. Les techniciens ambulanciers documentent le refus et consignent le nom de l'intervenant et les motifs de la décision de ce dernier.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère que la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et qu'elle refuse toujours les services d'aide offerts, la personne en crise est transportée à bord du véhicule ambulancier vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi et ce, avec le policier à bord lorsque les circonstances le permettent et le justifient. Les techniciens ambulanciers consignent le nom du policier et celui de l'intervenant ainsi que les motifs de la décision de l'intervenant.

- Si, suite à un premier refus, la personne accepte les services d'aide qui lui sont offerts, la personne est alors transportée à bord du véhicule ambulancier vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi. Dans ce cas, la présence du policier à bord du véhicule n'est pas nécessaire mais ce dernier peut escorter le véhicule ambulancier jusqu'à cet établissement, si la situation le requiert.

L'intervenant ne peut se rendre sur place

- L'estimation se fait par téléphone.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère qu'il n'y a aucun danger grave et immédiat pour la personne ou pour autrui et que la personne accepte les services d'aide offerts, cette dernière est laissée sur place. Lorsqu'il est sur les lieux, le technicien ambulancier consigne le nom de l'intervenant et les motifs de la décision de ce dernier.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère qu'il peut y avoir un danger à laisser la personne seule, sans qu'il soit grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, et qu'elle accepte les services offerts, en l'absence d'un proche pour conduire cette personne, elle est transportée par ambulance vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi. Le technicien ambulancier consigne le nom de l'intervenant et les motifs de la décision de ce dernier.

Situation n° 4

⇨ La personne est en crise, elle présente un problème physique et elle accepte les services d'aide offerts.

➢ La personne est transportée par ambulance à l'urgence du centre hospitalier le plus près, sans téléphoner à l'intervenant du service d'aide en situation de crise[2].

Situation n° 5

⇨ La personne est en crise, elle présente un problème physique urgent (la vie de la personne est en danger ou elle se trouve dans une situation telle qu'elle risque vraisemblablement de subir un préjudice grave et permanent à sa santé si des soins et des traitements ne lui sont pas prodigués dans un court délai) découlant de son état mental, mais elle refuse les services d'aide offerts.

➢ Le policier, après avoir constaté que la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et l'urgence de la situation, assiste les techniciens ambulanciers pour que la personne soit rapidement transportée à bord du véhicule ambulancier jusqu'à l'urgence du centre hospitalier le plus près. Dans les circonstances, la présence du policier à bord du véhicule n'est pas nécessaire. Les techniciens ambulanciers consignent le nom du policier et les motifs de sa décision.

➢ Si aucun policier n'est présent sur les lieux et que les techniciens ambulanciers constatent l'inaptitude de la personne à consentir aux soins et l'urgence de la situation, ils procèdent, le cas échéant, au transport de la personne à bord du véhicule ambulancier jusqu'à l'urgence du centre hospitalier le plus près. Les techniciens ambulanciers ne téléphonent pas à l'intervenant désigné.

Situation n° 6

⇨ La personne ne présente pas un problème physique urgent, mais elle est en grande désorganisation et elle est dangereuse pour elle-même et/ou pour autrui (présente une agressivité non contrôlable), ce qui demande un arrêt d'agir immédiat pour la protéger ou protéger les autres, et aucun intervenant désigné n'est disponible en temps utile pour évaluer la situation.

➢ Le policier, après avoir constaté que la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et l'urgence de la situation, immobilise et/ou place sous contention la personne en crise sur la civière, avec l'aide des techniciens ambulanciers, pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. La personne en crise est transportée à bord du véhicule ambulancier vers un

[2] Étant donné l'état de la personne, il est non pertinent de se référer à l'intervenant du service d'aide en situation de crise.

établissement visé par l'article 6 de la Loi et ce, avec le policier à bord lorsque les circonstances le permettent et le justifient. Les techniciens ambulanciers consignent le nom du policier et les motifs de sa décision.

3.1.1 PROCÉDURES LORSQUE LA PERSONNE EST AMENÉE À L'URGENCE DU CENTRE HOSPITALIER

Dans tous les cas où la personne est amenée à l'urgence du centre hospitalier, un appel doit être logé par le technicien ambulancier au personnel de l'urgence (à l'assistante infirmière-chef ou à l'infirmière au triage) afin de prévenir de l'arrivée de la personne en crise. L'information relative à cette personne est consignée par l'intervenant désigné au moment de l'estimation et transmise par télécopieur, dans les plus brefs délais, à l'urgence du centre hospitalier par l'intervenant, pour être versée au dossier de la personne.

Dans tous les cas où un policier monte à bord du véhicule ambulancier pour accompagner une personne en crise, le policier doit décharger son arme et la mettre hors de vue, ainsi que le poivre de Cayenne en aérosol le cas échéant. De plus, le policier doit informer la personne du lieu où elle est amenée, du fait qu'elle devra subir une évaluation psychiatrique et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

Dès qu'une personne est amenée par un policier à l'urgence de l'hôpital, avec ou sans l'aide des techniciens ambulanciers, en raison du danger grave et immédiat que présente cette personne, l'infirmière au triage avise le médecin de garde à l'urgence de la condition du patient qui nécessite une évaluation urgente et qui requiert l'utilisation probable de contentions ou d'isolement. Le médecin ainsi avisé décidera des mesures à mettre en place[3].

Ceci implique une prise en charge rapide par l'établissement et que le policier et les techniciens ambulanciers qui l'assistent collaborent[4] avec le personnel pour faciliter cette prise en charge.

De plus, les centres hospitaliers s'engagent à mobiliser leur personnel afin de libérer le plus rapidement possible le policier. Une sensibilisation et de la formation seront entreprises afin de bien reconnaître l'importance d'une action rapide. Enfin, le policier communique

---

[3] En cas de délai avant l'évaluation du médecin, l'une des mesures possible est l'ordonnance verbale individuelle pour que soient installées des contentions ou toute autre mesure jugée appropriée selon la condition de la personne. Par ailleurs, l'énoncé de position « Triage à l'urgence » publié par le Collège des médecins du Québec, en janvier 2000, précise à l'Appendice 3 qu'un patient présentant une agitation extrême doit être classé niveau II – très urgent et ainsi le délai jusqu'à évaluation par le médecin devrait être de 15 minutes. De même, un patient présentant une psychose aiguë avec ou sans idéation suicidaire sera classé niveau III – urgent et le délai jusqu'à évaluation par le médecin devrait être de 30 minutes.

[4] Aux fins de la présente entente, la collaboration des policiers avec le personnel des centres hospitaliers s'entend de l'interprétation adoptée par la Sûreté du Québec relativement à la prise en charge au sens de l'article de la ***Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui,*** L.Q. 1997, c. 75. Cette position prend pour assise le seul pouvoir conféré aux agents de la paix par cette Loi, soit d'amener contre son gré, sans autorisation du tribunal, une personne auprès d'un établissement. Considérant ce qui précède, la Sûreté du Québec reconnaît et respecte les termes de la présente entente, sous réserve d'en réévaluer les modalités d'application un an après sa signature par les parties.

également toute l'information pertinente aux intervenants avant de quitter l'établissement et remet le *Formulaire de transmission d'information en situation de crise*[5].

Après l'examen du médecin, l'établissement fait parvenir à l'intervenant désigné, avec le consentement du patient, l'information sur le résultat de la démarche posée, c'est-à-dire la décision du médecin concernant l'orientation de la personne accompagnée à l'urgence, l'objectif étant d'assurer une continuité du service offert à la personne en situation de crise. Si la personne est prise en charge par l'établissement pour une garde préventive ou une garde provisoire, l'établissement doit l'informer du lieu où elle est gardée, du motif de la garde, de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat. De même, après une hospitalisation, l'établissement devra informer la personne des services disponibles pour un soutien dans la communauté et/ou la référer au CLSC ou à un organisme communautaire avec son consentement, lorsque cela est requis ou pertinent.

De plus, si la Loi s'applique et que la personne a des enfants de moins de 18 ans qui vivent avec elle, l'intervenant ou le policier s'assure de la sécurité des enfants (mobilisation d'une personne significative pouvant s'occuper d'eux) et avise le Centre jeunesse des Laurentides (DPJ) de l'intervention, si la sécurité des enfants est ou peut être compromise.

3.2 DEMANDE D'AIDE ENTRANT PAR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX[6]

⇨ La demande d'aide semble présenter un risque pour la sécurité de l'intervenant désigné.

- ➢ Suite à l'estimation de la situation de crise par téléphone, l'intervenant désigné peut demander à être accompagné par un policier pour approfondir son estimation de la situation de crise sur les lieux ou s'adresser au service d'appels d'urgence (ex. : 911).

⇨ La demande d'aide ne semble pas présenter de risque et la situation semble sécuritaire.

- ➢ L'intervenant désigné se déplace, si nécessaire, et fait son estimation de la situation de crise.

Résultat de l'estimation n° 1 : Danger non grave et non immédiat avec collaboration

⇨ L'estimation de la situation de crise indique que des éléments de dangerosité sont présents, mais sans être graves ni immédiats, et la personne accepte de collaborer.

[5] Voir annexe 5.
[6] Voir annexe 4 : Cheminement d'une « Demande d'aide entrant par le réseau de la santé et des services sociaux ».

- Selon la situation, l'intervenant peut donner un rendez-vous au CLSC à la personne pour un suivi de crise ou lui offrir les services d'hébergement de crise. Si l'intervenant considère qu'il peut y avoir un danger à laisser la personne sur les lieux, il pourra conduire cette dernière en hébergement de crise avec son consentement.

L'intervenant ne peut se rendre sur place

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère qu'il n'y a aucun danger grave et immédiat pour la personne ou pour autrui et que la personne accepte les services d'aide offerts, cette dernière est laissée sur place. Lorsqu'il est sur les lieux, le technicien ambulancier consigne le nom de l'intervenant et les motifs de la décision de ce dernier.

- Suite à l'estimation, si l'intervenant considère qu'il peut y avoir un danger à laisser la personne seule, sans qu'il soit grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, et qu'elle accepte les services offerts, l'intervenant peut lui offrir :
  1) un suivi intensif de crise ;
  2) un hébergement de crise (si l'intervention est de nuit, la possibilité d'hébergement peut être pour le lendemain, le danger étant non grave et non immédiat) ;
  3) ou, en l'absence d'un proche pour conduire cette personne, elle peut être transportée par ambulance vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi. Le technicien ambulancier consigne alors le nom de l'intervenant et les motifs de la décision de ce dernier.

Résultat de l'estimation n° 2 : <u>Danger non grave et non immédiat avec refus de collaborer</u>

⇨ L'estimation de la situation de crise indique que des éléments de dangerosité sont présents, mais sans être graves ni immédiats, et que la personne refuse de collaborer.

- L'intervenant donne à la personne les coordonnées du service d'aide en situation de crise du CLSC et du Centre Prévention Suicide le Faubourg si pertinent, pour y recevoir du support.

- L'intervenant peut également référer les tiers concernés par la situation, spécialement les proches de la personne :
  1. aux mécanismes judiciaires prévus au Code civil qui leur permettront d'obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique ;
  2. particulièrement à l'ALPPAMM, au niveau régional, ou au Comité d'entraide en santé mentale à Mont-Laurier, pour les accompagner dans une démarche de ce type, au cas où la situation s'aggraverait.

Résultat de l'estimation n° 3 : <u>Danger grave à caractère prévisible mais non immédiat avec collaboration</u>

⇨ L'estimation de la situation de crise indique la présence d'un danger grave avec un caractère prévisible de danger, sans qu'il soit immédiat, et la personne accepte de collaborer.

- L'intervenant :
  1) offre un soutien intensif de crise ou
  2) conduit la personne à l'hébergement de crise ou à l'urgence du centre hospitalier.

L'intervenant ne peut se rendre sur place

- L'intervenant offre un soutien intensif de crise <u>ou</u>
- l'hébergement de crise (si accessible) <u>ou</u>
- demande que l'on conduise la personne à l'urgence du centre hospitalier. En l'absence d'un proche pour conduire la personne, en dernier recours l'intervenant peut faire appel aux policiers, si la situation le requiert, et aux techniciens ambulanciers afin que ces derniers amènent la personne vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi, avec l'aide des policiers si nécessaire.

Résultat de l'estimation n° 4 : <u>Danger grave à caractère prévisible mais non immédiat avec refus de collaborer</u>

⇨ L'estimation de la situation de crise indique la présence d'un danger grave avec un caractère prévisible de danger, sans qu'il soit immédiat, et la personne refuse de collaborer.

- L'intervenant donne à la personne les coordonnées du service d'aide en situation de crise du CLSC et du Centre Prévention Suicide le Faubourg si pertinent, pour y recevoir du support.

- L'intervenant réfère les tiers concernés par la situation, spécialement les proches de la personne :
  1. aux mécanismes judiciaires prévus au Code civil qui leur permettront d'obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique ;
  2. particulièrement à l'ALPPAMM, au niveau régional, ou au Comité d'entraide en santé mentale à Mont-Laurier, pour les accompagner dans une démarche de ce type, au cas où la situation s'aggraverait.

Résultat de l'estimation n° 5 : <u>Danger grave et immédiat avec collaboration</u>

⇨ L'estimation de la situation de crise indique la présence d'un danger grave et immédiat, pour elle-même ou pour autrui, mais la personne accepte de collaborer.

- L'intervenant :
  1) offre un soutien intensif de crise ou
  2) conduit la personne à l'hébergement de crise ou à l'urgence du centre hospitalier.

L'intervenant ne peut se rendre sur place

- L'intervenant offre un soutien intensif de crise <u>ou</u>
- demande que l'on conduise la personne à l'urgence du centre hospitalier. En l'absence d'un proche pour conduire la personne, en dernier recours l'intervenant peut faire appel aux policiers, si la situation le requiert, et aux techniciens ambulanciers afin que ces derniers amènent la personne vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi, avec l'aide des policiers si nécessaire.

Résultat à l'estimation n° 6 : <u>Danger grave et immédiat avec refus de collaborer</u>

⇨ L'estimation de la situation de crise indique la présence d'un danger grave et immédiat, pour elle-même ou pour autrui, et la personne refuse de collaborer.

- L'intervenant fait appel aux policiers et aux techniciens ambulanciers afin que les policiers amènent la personne à l'urgence du centre hospitalier le plus près avec l'aide des techniciens ambulanciers.

- Si la condition ou le comportement de la personne en crise justifie une immobilisation sur civière pour sa propre sécurité et/ou celle du policier, le policier peut alors demander assistance aux techniciens ambulanciers; le cas échéant, la personne en crise est transportée à bord du véhicule ambulancier vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi et ce, avec le policier à bord lorsque les circonstances le permettent et le justifient.

- Si, suite à un premier refus, la personne accepte les services d'aide qui lui sont offerts, elle est alors transportée à bord du véhicule ambulancier vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi. Dans ce cas, la présence du policier à bord du véhicule n'est pas nécessaire, mais ce dernier peut escorter le véhicule ambulancier jusqu'à cet établissement si la situation le requiert.

3.2.1 PROCÉDURES LORSQUE LA PERSONNE EST AMENÉE À L'URGENCE DU CENTRE HOSPITALIER

Dans tous les cas où la personne est amenée à l'urgence du centre hospitalier, un appel doit être logé par le technicien ambulancier, ou par l'intervenant désigné, au personnel de l'urgence (à l'assistante infirmière-chef ou l'infirmière au triage) afin de prévenir de l'arrivée de la personne en crise. L'information relative à cette personne est consignée par l'intervenant désigné, au moment de l'estimation, et transmise par télécopieur dans les plus brefs délais à l'urgence du centre hospitalier par l'intervenant pour être versée au dossier de la personne.

Dans tous les cas où un policier monte à bord du véhicule ambulancier pour accompagner une personne en crise, ce dernier doit décharger son arme et la mettre hors de vue, ainsi que le poivre de Cayenne en aérosol le cas échéant. De plus, le policier doit informer la personne du lieu où elle est amenée, du fait qu'elle devra subir une évaluation psychiatrique et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

Lorsque l'intervenant désigné conduit, avec son consentement, une personne en danger grave et immédiat, cette dernière requiert un environnement sécuritaire et constitue donc une urgence médicale. L'infirmière au triage avise le médecin de garde à l'urgence de la condition du patient qui nécessite une évaluation urgente et qui requiert l'utilisation probable de contentions ou d'isolement. Le médecin ainsi avisé décidera des mesures à mettre en place[7].

Ceci implique une prise en charge rapide par l'établissement, le transfert d'information de l'intervenant à la personne qui prend le client en charge et la collaboration de l'intervenant pour faciliter cette prise en charge.

De plus, les centres hospitaliers s'engagent à mobiliser leur personnel afin de libérer le plus rapidement possible l'intervenant désigné. Une sensibilisation et de la formation seront entreprises afin de bien reconnaître l'importance d'une action rapide. Enfin, l'intervenant désigné remet le *Formulaire de transmission d'information en situation de crise*[8] aux intervenants de l'établissement.

Après l'examen du médecin, l'établissement fait parvenir à l'intervenant désigné, avec le consentement du patient, l'information sur le résultat de la démarche posée, c'est-à-dire la décision du médecin concernant l'orientation de la personne accompagnée à l'urgence, l'objectif étant d'assurer une continuité du service offert à la personne en situation de crise. Si la personne est prise en charge par l'établissement pour une garde préventive ou une

[7] En cas de délai avant l'évaluation du médecin, l'une des mesures possible est l'ordonnance verbale individuelle pour que soient installées des contentions ou toute autre mesure jugée appropriée selon la condition de la personne. Par ailleurs, l'énoncé de position « Triage à l'urgence » publié par le Collège des médecins du Québec, en janvier 2000, précise à l'Appendice 3 qu'un patient présentant une agitation extrême doit être classé niveau II – très urgent et ainsi le délai jusqu'à évaluation par le médecin devrait être de 15 minutes. De même, un patient présentant une psychose aiguë avec ou sans idéation suicidaire sera classé niveau III – urgent et le délai jusqu'à évaluation par le médecin devrait être de 30 minutes.

[8] Voir annexe 5.

garde provisoire, l'établissement doit l'informer du lieu où elle est gardée, du motif de la garde, de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat. De même, après une hospitalisation, l'établissement devra informer la personne des services disponibles pour un soutien dans la communauté et/ou la référer au CLSC ou à un organisme communautaire avec son consentement, lorsque cela est requis ou pertinent.

De plus, si la Loi s'applique et que la personne a des enfants de moins de 18 ans qui vivent avec elle, l'intervenant ou le policier s'assure de la sécurité des enfants (mobilisation d'une personne significative pouvant s'occuper d'eux) et avise le Centre jeunesse des Laurentides (DPJ) de l'intervention, si la sécurité des enfants est ou peut être compromise.

3.3 RÉFÉRENCES AU CENTRE D'HÉBERGEMENT DE CRISE *LE SOLEIL LEVANT/CENTRE DU FLORÈS*

- Toutes références au Centre d'hébergement de crise doivent provenir de l'intervenant désigné des CLSC ou du personnel désigné de l'urgence des centres hospitaliers de Saint-Jérôme, Sainte-Agathe, Saint-Eustache et d'Argenteuil, sauf pour les cas connus.

- Les demandes se font par téléphone en tout temps (24/7), mais les évaluations face à face et les intégrations dans la ressource se font entre 8 h 00 et 20 h 30 sur semaine et entre 11 h 00 et 18 h 00 la fin de semaine.

- L'intervenant du Centre d'hébergement de crise peut faire appel aux policiers après avoir estimé que la personne hébergée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et qu'elle refuse toute collaboration, afin que le policier amène la personne en crise vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi, avec l'aide des techniciens ambulanciers si requis.

3.4 ENTENTES SPÉCIFIQUES AU CENTRE PRÉVENTION SUICIDE LE FAUBOURG

⇨ **Avec le bureau du coroner**

- Pour la postvention

  ➢ Suite à un suicide, le coroner souligne aux personnes en deuil l'importance de recevoir de l'aide et du support en pareille circonstance. Il leur remet une fiche d'information s'adressant aux personnes endeuillées, les rassure sur le caractère confidentiel des services offerts et contacte le Centre Prévention Suicide (CPS) le Faubourg dans les plus brefs délais afin d'acheminer la demande des personnes consentantes.

  ➢ Suite à la réception de la demande, le CPS procède à la relance téléphonique dans les deux (2) jours ouvrables. Lors de la relance, l'intervenant du CPS évalue les besoins spécifiques, offre ses services ou, selon le cas, oriente et réfère ces personnes vers d'autres ressources pertinentes.

⇨ **Avec les centres hospitaliers**

➢ Suite à une tentative de suicide et avec le consentement de la personne, le centre hospitalier réfère la personne au CPS afin que l'intervenant procède à une relance téléphonique pour une période de six (6) mois.

➢ Suite à une évaluation du centre hospitalier estimant que la personne présente des idéations suicidaires ou autres, le centre hospitalier réfère la personne au CPS, avec son consentement, afin qu'elle reçoive les services spécifiques du CPS. Le centre hospitalier devrait également référer les proches au courant de la situation afin qu'ils obtiennent aussi le support et les conseils du CPS.

⇨ **Avec les policiers**

➢ Avec l'autorisation de la personne suicidaire, le policier réfère et transmet des informations sur la crise suicidaire au CPS.

➢ Suite à une demande d'intervention téléphonique par une personne présentant un danger grave pour elle-même ou pour autrui, l'intervenant du CPS peut faire appel aux services policier et ambulancier pour amener la personne en crise vers un établissement visé par l'article 6 de la Loi.

⇨ **Avec les CLSC**

➢ À définir avec les services d'aide en situation de crise et l'Info-Santé régionale ainsi que pour la postvention.

CONCLUSION

Il va s'en dire que la réussite de l'implantation des *Ententes de services pour les situations de crise et de suicide* repose sur la collaboration de tous les acteurs impliqués à un moment ou l'autre dans les procédures. C'est pourquoi, un programme de formation permettant l'appropriation des ententes de services sera essentiel avec comme objectif sous-jacent la connaissance et la reconnaissance de toutes les personnes impliquées, quel que soit leur secteur d'activité ou leur formation. La communication et la concertation seront deux éléments fondamentaux à développer entre les différents intervenants si nous voulons atteindre l'harmonie, l'efficacité, mais également une amélioration des services offerts à une clientèle vivant un moment souvent hors de son contrôle et une grande vulnérabilité.

Tout au long du processus d'implantation, il y aura un monitorage qui devrait permettre d'identifier les éléments de réussite ou les obstacles à l'implantation du projet ainsi que de vérifier la pertinence de certaines procédures. De plus, des moments d'arrêt devraient être prévus dans chaque territoire afin de permettre à chaque équipe multisectorielle de se regrouper et de faire une mise en commun des irritants ou des « bons coups » et d'établir les ajustements à apporter aux ententes de services.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (AHQ). *La garde en établissement, Guide d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, (1997, chapitre 75), Document de référence, juin 1998.

BEAULIEU, Dominique. *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. L.Q., 1997, c.75. Document de référence. Pour la Régie régionale de Montréal-Centre, 1999.

DIOTTE, M., DONATO, M.-A. et VAILLANCOURT, D. *Entente de partenariat pour la crise et la crise suicidaire (document de base) – Territoire des Collines*, mai 2000.

DIOTTE, M., DONATO, M.-A. et VAILLANCOURT, D. *Entente de partenariat – Territoire des Collines*, 2000.

L.R.Q., c. A-2.1. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, avril 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise d'action face au suicide, S'entraider pour la vie*, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Direction de la planification et de l'évaluation, 1998.

PROJET DE LOI N^{O} 39. *La protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, 1997, chapitre 75.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Outil pour estimer la dangerosité et évaluer l'urgence*, Document de travail, 1999.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Cadre de référence pour un réseau intégré de services d'aide en situation de crise pour les adultes des territoires J.-O. Chénier, Thérèse-de-Blainville, Arthur-Buies et Argenteuil conformément à la Loi 39*, Document de travail, septembre 1999.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Mission 2002, Plan de consolidation du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides 1999-2000, Les interventions auprès des clientèles*, 1999.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Plan d'action régional intégré pour les adultes en santé mentale (suicide), violence conjugale et sexuelle et toxicomanie (PARI)*, 1999.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES. *Proposition d'organisation et de développement « Services intégrés d'aide en situation de crise et d'actions face au suicide » et modalités pour supporter son application*, Document de travail, février 1999.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT. *Réseau de services intégrés en intervention de crise*, 1999.

REGROUPEMENT DES CENTRES D'INTERVENTION DE CRISE DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN. *Les centres d'intervention de crise : des partenaires dans le réseau des services de santé mentale*, Document préliminaire, 1997.

SÉGUIN, M., BOYER, R., BENOÎT, S., BOUCHARD, M., GIRARD, M.-E. *Programmes de postvention : le point sur les modèles de postvention*, juin 1999.

VILLENEUVE, A., LAMOTHE, J.-G. *Protocole d'intervention en situation de crise – santé mentale M.R.C. Domaine-du-Roy*, CLSC des Prés-Bleus, Document de travail, 1999.

ANNEXES

ANNEXE 1

MISSION, RÔLE ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTES RESSOURCES POUVANT INTERVENIR DANS LES SITUATIONS DE CRISE OU DE SUICIDE

Chaque ressource concernée par l'intervention dans les situations de crise ou de suicide a défini sa mission, son rôle et ses responsabilités dans une optique spécifique de services offerts dans un contexte de crise-suicide. Les services décrits pour chacune de ces ressources ne sont donc pas exhaustifs et ils peuvent différer légèrement selon leur localisation ou leur organisation.

Ces « fiches signalétiques » se veulent un guide de référence afin d'informer les partenaires et collaborateurs sur les différents services offerts par les ressources impliquées dans les ententes de services. Ces descriptions pourront être bonifiées ou adaptées selon ce qui sera le plus représentatif pour la ressource concernée.

Centre d'hébergement de crise Soleil Levant/Centre du Florès

Mission

Offrir des services d'hébergement aux personnes adultes en situation de crise, sur une durée de quelques heures à 14 jours maximum, des quatre territoires de CLSC du sud et du centre (Jean-Olivier-Chénier, Thérèse-de-Blainville, Arthur-Buies et d'Argenteuil).

Clientèle

Les services d'hébergement de crise s'adressent à une clientèle adulte en état de détresse psychologique aiguë ou de crise d'adaptation. Les services d'hébergement de crise interviennent auprès de clientèles qui ont des problématiques de santé mentale diversifiées et ils agissent tant sur la crise psychosociale que sur la crise psychiatrique. Dans tous les cas, l'aide requise en réponse aux besoinx de la personne doit être de nature psychosociale car le lien avec la personne s'établit par la parole, et le travail d'intervention s'effectue au moyen de ce lien.

- Personnes vivant des situations de détresse émotive et de crise d'adaptation;
- Personnes ayant des idéations suicidaires;
- Personnes présentant des problèmes de santé mentale ou des troubles graves et persistants;
- Personnes présentant une double problématique (ex. : santé mentale et toxicomanie).

Rôle et responsabilités

- Intervenir auprès des personnes dont l'état de crise représente un risque élevé de détérioration de la santé mentale et/ou lorsque le maintien en milieu naturel représente un risque pour elles-mêmes ou pour l'entourage;

- Explorer la situation de crise, offrir un suivi visant à désamorcer la crise et favoriser le développement de stratégies d'adaptation;

- Fournir à la clientèle hébergée des services de soutien post-hébergement, lorsque requis;

- Estimation de la présence d'un danger grave et immédiat, incluant le risque suicidaire, pour les personnes hébergées;

- Appliquer ou collaborer à l'application de la Loi n° 39, chap. 75, lorsque la situation l'exige;

- **Favoriser la continuité de services** auprès de l'usager (lorsque requis) en concertation avec les intervenants des réseaux public et communautaire.

CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS
Avec unité de soins psychiatriques

Mission

Dispenser des soins généraux et spécialisés incluant des services d'urgence, de soins d'hospitalisation et de clinique externe psychiatrique.

Rôle et responsabilités à l'urgence

- Accueillir la personne en tout temps et assurer une réponse à ses besoins immédiats d'évaluation, de traitement et de références;
- Évaluer le degré de la dangerosité par l'urgentologue ou un médecin généraliste;
- Offrir des services adaptés :
  - soins physiques et psychologiques,
  - consultation psychiatrique,
  - observation 24/48 heures à l'urgence,
  - mise sous garde préventive,
  - ordonnance de garde en établissement,
  - interventions thérapeutiques,
  - psychosociaux,
  - évaluation des besoins de sortie,
  - références;
- Favoriser une collaboration et une concertation avec les autres ressources de la communauté et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux;
- Appliquer ou collaborer à l'application de la Loi n° 39, chap. 75, lorsque la situation l'exige;
- **Favoriser la continuité de services.**

Rôle et responsabilités des unités de soins psychiatriques

- Accueil et évaluation globale de la condition clinique de la personne par l'équipe soignante;
- Appréciation du degré de dangerosité et de surveillance;
- Offrir des services adaptés :
  - évaluation des besoins biopsychosociaux,
  - traitement spécialisé psychiatrique,
  - ordonnance de garde en établissement,
  - plan d'intervention,
  - planification de la sortie et PSI (Plan de services individualisé) selon les besoins de la personne,
  - références;
- **Favoriser la continuité de services.**

CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS
Sans unité de soins psychiatriques

Mission

Dispenser des soins généraux et spécialisés incluant des services de base tels l'urgence et les soins intensifs à la population de son territoire.

Rôle et responsabilités

- Accueillir la personne en tout temps et assurer la prise en charge immédiate par l'infirmière au triage;
- Évaluer les besoins de la personne et évaluation du degré de la dangerosité par le médecin de garde à l'urgence;

- Offrir des services adaptés :
  - soins physiques,
  - demande de consultation psychiatrique,;
  - mise sous garde préventive,
  - transfert vers un centre hospitalier offrant des services psychiatriques,
  - références;

- Favoriser une collaboration et une concertation avec les autres ressources de la communauté et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux;

- Appliquer et collaborer à l'application de la Loi n° 39, chap. 75, lorsque la situation l'exige;

- **Favoriser la continuité de services.**

CENTRE LOCAL DES SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC)

Mission

Offrir, en première ligne à la population du territoire desservi, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion (LSSS, art.80).

Rôle et responsabilités

- Accueillir la personne et ses proches en situation de crise et de détresse;
- Intervention en situation de crise (téléphonique, face à face et mobile au besoin) et évaluation des besoins de la personne et de ses proches. Désamorcer la crise et supporter la personne dans le développement de stratégies adaptées lorsque cela est possible;
- Offrir des services adaptés aux besoins identifiés :
  - support intensif de crise,
  - accompagnement,
  - postcrise,
  - postvention,
  - post-traumatique,
  - références;
- Estimation de la présence d'un danger grave et immédiat, incluant le risque suicidaire, sur une base locale;
- Appliquer ou collaborer à l'application de la Loi n° 39, chap. 75, lorsque la situation l'exige;
- Favoriser une collaboration et une concertation avec les autres ressources de la communauté et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux;
- Favoriser l'implication du milieu naturel de la personne en misant sur ses compétences et en lui fournissant le support nécessaire;
- **Favoriser la continuité de services.**

CENTRE PRÉVENTION SUICIDE LE FAUBOURG

Mission

Le Faubourg dessert l'ensemble de la population des Laurentides. Par ses services, il vise à éviter la détérioration de l'état des personnes en situation de détresse ou de crise suicidaire et à réduire l'apparition et le développement d'idées ou de comportements suicidaires (ou homicidaires).

Clientèles

- Personnes vivant des problèmes personnels, des situations de détresse et de crise;
- Personnes qui pensent au suicide ou qui posent un geste suicidaire;
- Personnes qui croient que quelqu'un de leur entourage a des pensées suicidaires et qui veulent l'aider;
- Personnes ayant perdu quelqu'un à la suite d'un suicide;
- Toute personne désireuse d'acquérir des outils pour intervenir en prévention ou en intervention de crise suicidaire;
- Toute personne désireuse de mieux connaître la problématique du suicide.

Rôle et responsabilités

- Réponse téléphonique régionale 24/7 : accueil, évaluation, intervention de crise suicidaire, orientation vers d'autres services si nécessaire.
- Services de postvention pour les personnes endeuillées : rencontre de soutien individuel, familial ou de couple et de groupe;
- Intervention de désamorçage dans les milieux (débriefing) : s'adresse aux groupes (familles, amis, collègues, pairs, écoles, etc.) touchés par une tentative de suicide ou un suicide complété;
- Intervention postcrise (suicidaire);
- Assurer le suivi en prévention de la récidive de tentative de suicide, pour une période de 6 mois, avec le consentement de la personne qui n'est pas déjà suivie par un autre service;
- Programme de relance téléphonique avec les policiers pour la clientèle suicidaire;
- Programme de relance avec les coroners pour la clientèle endeuillée par suicide;
- Programme de formation et de sensibilisation pour les intervenants;
- Estimation de la présence d'un danger grave et immédiat incluant le risque suicidaire;
- Appliquer ou collaborer à l'application de la Loi n° 39, chap. 75, lorsque la situation l'exige;
- **Favoriser la continuité de services.**

INFO-SANTÉ RÉGIONAL

Mission

Par la réponse téléphonique, Info-Santé régional offre une réponse ponctuelle d'ordre biopsychosocial et vise à améliorer l'accessibilité aux services ainsi qu'à faciliter l'orientation des usagers dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le service est accessible à l'ensemble de la population du territoire des Laurentides et il s'adresse aux personnes qui ont besoin d'information, de référence/orientation ou de conseils se rapportant au domaine sociosanitaire.

Le service dessert également les intervenants oeuvrant sur le territoire et qui requiert, pour eux ou pour leurs clients, une information quant à la disponibilité des ressources et même un conseil, une orientation ou une référence, dépendant de la situation.

Rôle et responsabilités

- Assurer l'accessibilité à une réponse téléphonique professionnelle régionale en dehors des heures d'ouverture des CLSC (20 h 30 à 8 h 30 du lundi au vendredi et 16 h 30 à 8 h 30 les fins de semaine et congés fériés) :
  - accueil biopsychosocial,
  - évaluation,
  - information/conseil,
  - orientation/référence;

- Assurer la référence aux ressources existantes les plus aptes à répondre aux besoins des usagers;

- Rendre rapidement disponible toute information utile sur les services de santé, les services sociaux et les services communautaires dispensés sur le territoire par la mise à jour du répertoire des ressources;

- Intervenir en situation de crise et évaluer les besoins de la personne;

- Estimation de la présence d'un danger grave et immédiat incluant le risque suicidaire;

- Appliquer ou collaborer à l'application de la Loi n° 39, chap. 75, lorsque la situation l'exige;

- **Favoriser la continuité de services.**

SERVICES AMBULANCIERS

Mission

Dispenser des soins médicaux généraux, de façon à prévenir la détérioration de l'état d'une victime et transporter cette dernière, dans les plus brefs délais, vers un établissement de santé.

Rôle et responsabilités

- Recevoir l'appel directement ou par le service d'appels d'urgence (ex. : 911);
- Assigner les ressources nécessaires sur les lieux;
- Identifier les risques potentiels et s'assurer de la sécurité des intervenants;
- Procéder à l'approche de la personne de façon calme et rassurante;
- Procéder à l'évaluation clinique préhospitalière;
- Vérifier si la personne s'est infligée des blessures, s'il y a une histoire d'intoxication ou de problèmes médicaux, procéder selon le protocole médical approprié et effectuer le transport, si la personne accepte;
- Si la personne refuse le transport, se référer aux policiers et les assister dans le transport de la personne au centre hospitalier, à leur demande, lorsque la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;
- Si possible et si pertinent, solliciter une personne de l'entourage à rejoindre le sujet à l'hôpital dès que possible.

SERVICES DE POLICE

Mission

- Maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique;
- Protéger la vie et la propriété;
- Prévenir et réprimer le crime et les infractions, en rechercher les auteurs et les citer en justice;
- Veiller à l'application des lois en vigueur au Québec ainsi que des règlements, résolutions et ordonnances de la municipalité.

Rôle et responsabilités

- Recevoir l'appel initial;
- Assigner les ressources nécessaires sur les lieux;
- Recueillir l'information auprès des témoins et de la famille;
- Adopter une approche sécuritaire et établir un périmètre de sécurité, au besoin;
- Établir un moyen de communication pour contacter la personne;
- Engager le dialogue;
- Assurer la confidentialité;
- Contacter les personnes-ressources déjà identifiées : CLSC, Centre Prévention Suicide le Faubourg, Info-Santé régional;
- Assurer le transport de la personne vers un centre hospitalier, en complémentarité avec les services ambulanciers lorsque la situation le requiert;
- Appliquer les politiques en vigueur au service de police relatives à la sécurité des personnes et des biens;
- Recueillir tous les faits observables concernant la personne présentant un danger pour elle-même ou pour autrui, afin de les consigner sur les documents pertinents approuvés par le service de police;
- Obliger d'informer la personne du lieu où elle est amenée, du fait qu'elle devra subir une évaluation psychiatrique et qu'elle peut communiquer immédiatement avec ses proches et son avocat.

ANNEXE 2

LEXIQUE

► CONCEPT DE CRISE

- **État d'équilibre :** c'est un processus dynamique par opposition à un état fixe et linéaire. Une personne réussit à maintenir un état d'équilibre relatif dans la mesure où ses mécanismes d'adaptation et moyens déployés réussissent à liquider la tension engendrée par les différents stresseurs auxquels elle doit faire face.

- **Crise psychiatrique :** ce type de crise se caractérise par une certaine perte de contact avec la réalité occasionnée par une trop grande souffrance. Lorsque la souffrance atteint un niveau intolérable, les moyens habituels qui permettraient de gérer cette dernière deviennent inefficaces et la personne en vient à se couper de la réalité, qu'elle perçoit ou interprète de façon erronée.

- **Crise psychosociale :** chacun vit implicitement un équilibre entre les situations quotidiennes et les moyens dont il dispose pour faire face à ces situations. La situation de crise psychosociale est la rupture de cet équilibre par un élément déclencheur (perte d'emploi, divorce, perte de statut social, maladie, ...) situé dans l'environnement de la personne et perçu comme menaçant. Si le recours à ses mécanismes de résolution de problèmes habituels s'avère inefficace, la personne peut se retrouver en situation de crise et de désorganisation.

- **Crise suicidaire :** cette crise comporte les mêmes éléments que les types de crise précédents, mais elle est caractérisée par une perte réelle ou symbolique par l'individu. Il se retrouve dans un état de recherche de solutions qui s'avère inefficace. Le suicide devient une des alternatives possibles pour soulager la souffrance et la détresse psychologique.

- **Idéation suicidaire :** c'est l'expression d'une pensée suicidaire ou des comportements qui peuvent être observés et dont on est justifié de conclure à une intention de suicide sans accomplissement d'un geste. (Beaulieu, 1990)

- **Tentative de suicide :** situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met en danger sa vie avec l'intention de causer sa propre mort ou de faire croire que telle est son intention. (Beaulieu, 1990)

- **Suicide complété :** comprend tous les décès dans lesquels un acte délibéré, menaçant la vie, et accompli par une personne contre elle-même, a effectivement causé sa mort. (Beaulieu, 1990)

- **Postvention :** ce terme englobe les mesures de soutien offertes aux personnes, familles, milieux de vie et intervenants à la suite d'un décès par suicide.

- **Débriefing :** c'est une activité de soutien qui a comme objectif de réduire le stress aigu et les séquelles psychologiques auprès des personnes ayant vécu un événement traumatisant tels un désastre naturel, un suicide, etc. Il permet de développer des stratégies d'adaptation aidant à la compréhension et à la normalisation du stress (en vue de le diminuer).

▶ NOTION DE DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT[1]

Par **danger grave**, il est entendu tout geste, toute intention, toute menace ou toute idée planifiée,

qui en raison de l'état mental d'une personne :

- risque de mettre un terme prématurément à une vie (la sienne ou celle d'autrui) ;
- risque d'infliger des blessures pouvant compromettre sérieusement la sécurité ou la santé (la sienne ou celle d'autrui) ;
- ou risque d'exposer, intentionnellement ou non, à un danger qui présente une menace à la vie ou à l'intégrité (la sienne ou celle d'autrui).

Par **danger immédiat** il est entendu tout geste, toute menace, toute intention ou toute idée planifiée présentant un danger grave pour la vie ou la santé de la personne ou celle d'autrui, mis à exécution dans un passé récent (dernières heures) ou dont l'exécution est prévue sur le moment même ou encore dans les heures qui suivent, et dont le délai d'exécution rend impossible de mener à bien une procédure de requête d'ordonnance d'évaluation psychiatrique sans compromettre la vie ou l'intégrité de la personne ou celle d'autrui.

▶ ENTENTES DE SERVICES

Des ententes de services sont des liens entre différents partenaires (CLSC, hôpitaux, Centre Prévention Suicide, services policiers, etc.) qui viennent consolider la coordination des services offerts à une même clientèle. Ces ententes devraient appuyer l'application des protocoles d'intervention établis dans chacune des ressources en facilitant le recours aux services jugés nécessaires. Ces mécanismes de coordination devront être connus par tous.

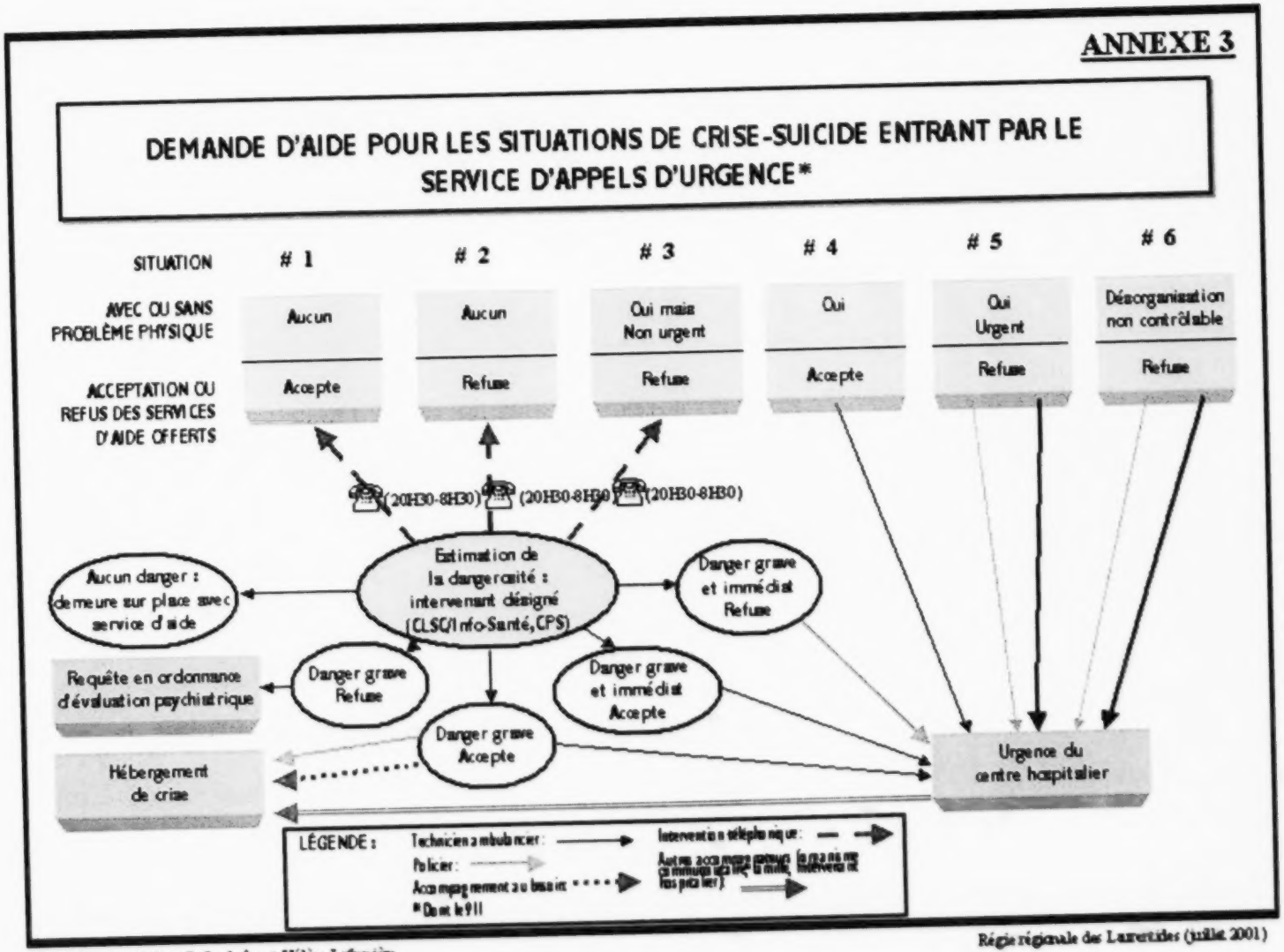
---

[1] Tiré et adapté de l'annexe 1 des Ententes de services de l'Outaouais (2000)

▶ PROTOCOLES D'INTERVENTION

Chaque établissement, organisme ou ressource susceptible de dispenser des services aux personnes en situation de crise, à leurs proches ainsi qu'aux personnes endeuillées par le suicide, devra se doter de protocoles d'intervention. Ces protocoles devraient permettre aux intervenants de mieux camper leurs responsabilités et d'assurer une meilleure efficacité dans la dispensation des services. Ces protocoles d'intervention devraient comprendre les démarches entreprises par la ressource, de l'arrivée de la demande d'aide jusqu'à la fin des services octroyés au client.

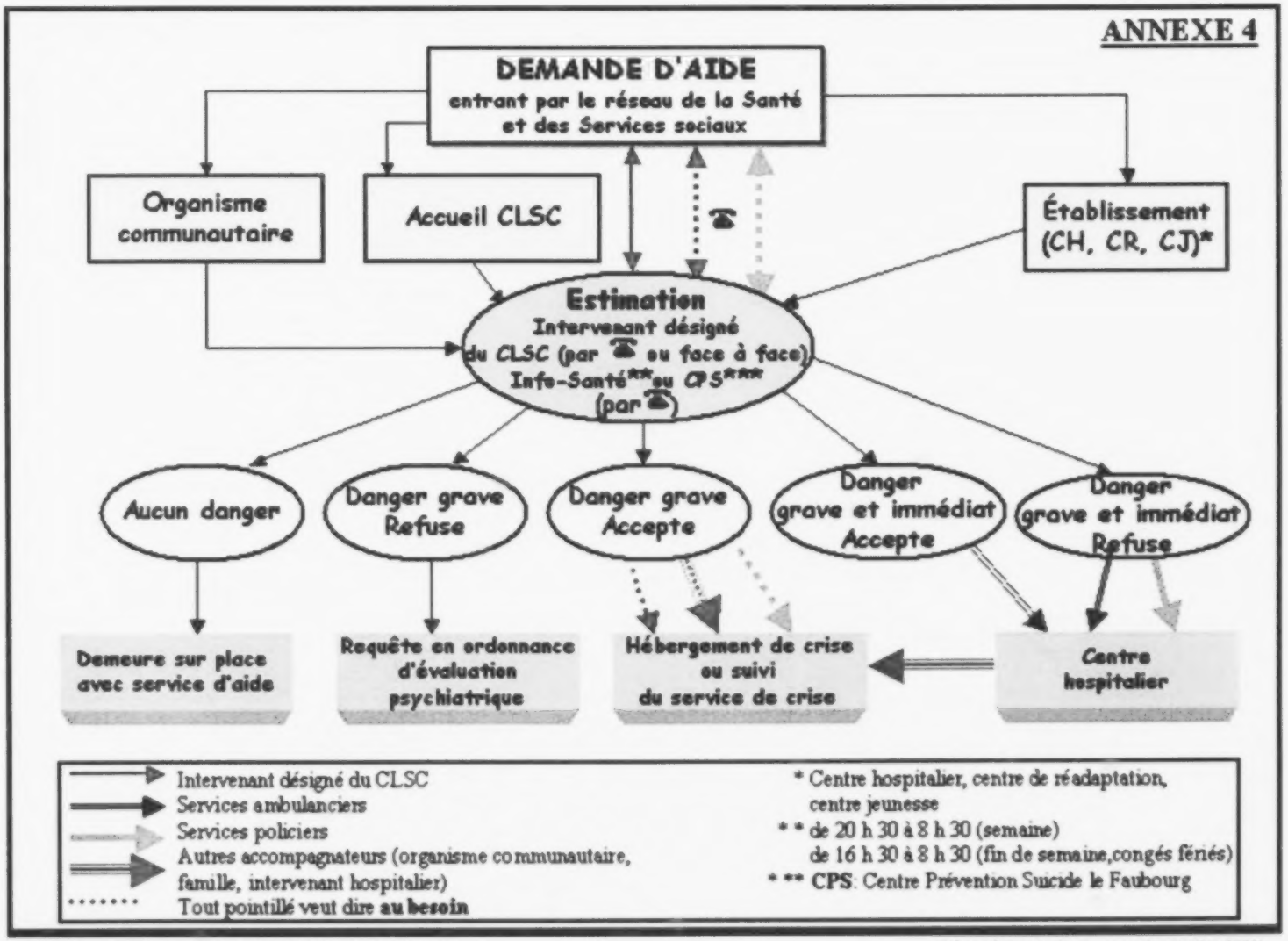
ANNEXE 3



Réalisé par Dre Colette D. Lachaîne et Hélène Lefrenière

Régie régionale des Laurentides (juillet 2001)

ANNEXE 4



Réalisé par Dre Colette D. Lachaîne et Hélène Lafrenière

Régie régionale des Laurentides (juillet 2001)

ANNEXE 5

FORMULAIRE DE TRANSMISSION D'INFORMATION EN SITUATION DE CRISE

Afin d'uniformiser la cueillette d'information sur la situation de crise, un « Formulaire de transmission d'information en situation de crise » a été adapté à partir de celui utilisé dans l'Outaouais. Les objectifs de ce formulaire sont, en plus de la transmission d'information, de servir de guide dans la prise de décision, de la documenter, et d'offrir une collecte d'informations lorsque la personne en état de crise est conduite à l'urgence du centre hospitalier, informations qui pourraient aider à l'évaluation médicale.

Ce formulaire devrait être rempli particulièrement lorsque la personne est référée soit à l'urgence du centre hospitalier mais également à un centre d'hébergement de crise ou autres. Par ailleurs, la deuxième page du formulaire devrait être complétée et retransmise le plus tôt possible par télécopieur aux intervenants qui ont accompagné la personne en situation de crise (policier et/ou intervenant désigné) afin d'assurer une continuité de services à la personne.

Formulaire de transmission d'information en situation de crise
dans la région des Laurentides

Quand la personne présente un danger pour sa vie, sa sécurité ou sa santé ou celle d'autrui.

Nom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Lieu de l'intervention : _____

Téléphone : _____

Personne significative : _____ Date: _____

Lien et # téléphone : _____ Heure: _____

Section à remplir par tout intervenant

Éléments déclencheurs de la crise et contexte d'intervention : _____

DANGEROSITÉ

Danger grave pour la vie

- ❑ Idée planifiée de suicide
- ❑ Idée d'homicide
- ❑ Menace de _____
- ❑ Comportements dangereux (ex : roulette russe, etc.)

_____

Planification

- ❑ Moyen identifié et disponible : _____
- ❑ Moyen identifié mais non disponible : _____
- ❑ Lieu déterminé (où) : _____
- ❑ Moment prévu : _____

Antécédents

❑ D'homicide (ou tentative) ❑ De tentative de suicide ❑ D'agression ❑ Autre _____

Danger grave pour la sécurité

Comportement dangereux (ex : traverse les rues en se fermant les yeux ; veut passer l'hiver dans un champ, sans abri ni équipement) : _____

Déformation évidente de la réalité qui amène la personne à poser des gestes menaçants, imprévisibles et impulsifs : _____

Menace de (ex. :mettre le feu) : _____

Danger grave pour la santé

Comportement dangereux (ex : absorbe des produits dangereux ; personne diabétique refusant de recevoir ses injections d'insuline) :

Automutilation (ex. : se coupe) : _____

Prise excessive de médicaments. Vérifier si l'absorption peut être mortelle auprès d'une source médicale ou du Centre Antipoison : _____

Références : Centre Antipoison : 1-800-463-5060

- ❑ Autres éléments de danger : (armes) _____
- ❑ Agité (ex. : semble incapable de maîtrise de soi)
- ❑ État des lieux détérioré et insalubre
- ❑ Est intoxiqué : alcool, drogues, médicaments ou autres : _____

Signature de l'intervenant(e) : _____ Organisme : _____

Signature de l'intervenant(e) : _____ Organisme : _____

Information obtenue de : ❑ la personne elle-même ❑ autre et lien avec la personne _____

Complétez l'orientation de la démarche (voir verso)

Section à remplir par les intervenants désignés

Facteurs à considérer pour nuancer l'estimation

- ❑ Hallucinations : ❑ visuelles ❑ auditives
- ❑ Désorganisation importante de la pensée (pas d'hallucinations)
- ❑ Absence totale de sommeil ou d'alimentation, dernières 48 heures
- ❑ Agressivité sur autrui exprimée verbalement (derniers jours)
- ❑ Autres symptômes et renseignements pertinents : _____

_____

- ❑ Agressivité sur le matériel exprimée physiquement
- ❑ Jugement altéré
- ❑ Très grande anxiété
- ❑ Cessation de médication
- ❑ Réseau social : ❑ présent ❑ épuisé ❑ inexistant ❑ commentaires _____

_____

Signature de l'intervenant(e) : _____ Ressource : _____

Orientation de la démarche

❑ **Recommandation de mise sous garde préventive (« Loi 39 ») avec les informations que nous possédons, si la situation répond aux trois conditions suivantes :**

Conditions : 1) La présence d'un danger grave 2) Le caractère immédiat de ce danger 3) Le refus de collaboration de la personne

Nature du danger grave et immédiat : _____

❑ **Recommandation de requête d'ordonnance d'évaluation psychiatrique si la situation répond aux trois conditions suivantes :**

Conditions : 1) La présence d'un danger grave 2) Le caractère prévisible de ce danger, sans qu'il soit immédiat 3) Le refus de collaboration de la personne

Nature du danger grave et prévisible : _____

❑ **La personne accepte l'aide (voir « Actions posées »)**

❑ **La personne refuse l'aide mais pas de recommandation de mise sous garde préventive ou de requête d'évaluation psychiatrique (voir « Actions posées »)**

Actions posées : _____ ❑ **Appel à la DPJ**

_____

_____

Signature de l'intervenant(e) _____ Date : _____ Heure : _____

Intervenant(e) : _____ Organisme : _____
(en lettres moulées)

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ No de dossier : _____

SERVICE POLICIER

Actions posées : _____ ❑ **Appel à la DPJ**

_____

_____

Signature de l'agent de la paix _____ Date : _____ Heure : _____

Agent de la paix : _____ ❑ Sûreté du Québec
(en lettres moulées) ❑ Sûreté municipale : _____

No Matricule : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ No de dossier : _____

URGENCE MÉDICALE DE L'HÔPITAL

❑ **S'il y a recommandation de mise sous garde préventive**
Nom de l'urgentologue ayant vu la personne : _____

Date : _____ Heure : _____

RÉSULTAT DE LA DÉMARCHE POSÉE

❑ Prise en charge par l'hôpital : _____ liaison faite avec : _____
❑ Prise en charge par le réseau: _____ liaison faite avec : _____
❑ Retour dans le milieu naturel décidé par : _____
❑ À communiquer à la (aux) ressource(s) référante(s) : _____
❑ Formulaire de transmission d'information à télécopier à : _____

Mars 2001 **(Reproduction adaptée du formulaire de l'Outaouais)**

Formulaire d'autorisation

Nom : _____	**Téléphone :** _____
Adresse : _____	**Date de naissance :** _____

Cochez

☐ **J'autorise la transmission d'information aux ressources désignées.**
☐ **Je refuse la transmission d'information.**

Par la présente, je soussigné(e) autorise _____ du/de _____ à communiquer toute information pertinente aux ressources précisées ci-dessous dans le but de contribuer à l'amélioration de ma situation. Je comprends que la présente autorise les intervenants des ressources concernées à se communiquer de l'information sur ma situation sur une période de 90 jours.

Cochez

☐ **J'autorise une ressource à entrer en communication avec moi.**
☐ **Je refuse qu'une ressource entre en communication avec moi.**

Par la présente, je soussigné(e) autorise _____ du/de _____ à divulguer aux ressources précisées ci-dessous les présents renseignements nominatifs me concernant. Cette autorisation a pour but de permettre aux intervenants de ces ressources d'entrer en communication avec moi en vue de m'offrir de l'aide.

J'affirme comprendre la portée de la présente et je signe :

_____	_____	_____
Signature	Date	Témoin

Ressource(s) autorisée(s) :
Cochez S.V.P.

☐ Centre hospitalier : _____	☐ Le CLSC : _____
☐ Organisme communautaire : _____	☐ Info-Santé régional : _____
☐ Centre de réadaptation : _____	☐ Service de police : _____
☐ Centre d'hébergement de crise : _____	☐ Médecin de famille : _____
☐ CPS le Faubourg : _____	☐ Mon intervenant(e) : _____
	☐ Autres : _____

Noms des personnes pouvant notamment être rejointes pour les ressources ci-haut cochées :

Ressource : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Ressource : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Ressource : _____	Nom : _____	Téléphone : _____
Ressource : _____	Nom : _____	Téléphone : _____

nb/670 formulaires

(Reproduction adaptée du formulaire de l'Outaouais)

ANNEXE 6

LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI, L.Q. 1997, c. 75

Articles pertinents :

Article 7

Tout médecin exerçant auprès d'un établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous **garde préventive** dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus 72 heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un **danger grave et immédiat** pour elle-même ou pour autrui.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un **tribunal** n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique.

Article 8

Un agent de la paix peut, sans autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6 :

1) à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un **danger grave et immédiat** pour elle-même ou pour autrui ;

2) à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur ou mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil du Québec, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des **motifs sérieux** de croire que l'état mental de la personne concernée présente un **danger grave et immédiat** pour elle-même ou pour autrui.

Article 15 du Code civil : lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur, ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint ou à défaut de conjoint ou d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre **sous garde préventive** conformément à l'article 7.

Article 23 : tout établissement qui, en raison de son organisation ou de ses ressources, n'est pas en mesure de procéder à un examen psychiatrique ou de mettre une personne sous garde doit immédiatement diriger la personne pour qui on requiert ce service auprès d'un autre établissement qui dispose des aménagements nécessaires.

Délimitations des notions de danger grave et immédiat[1]:

Par **danger grave**, il est entendu, tout geste, toute intention, toute menace ou toute idée planifiée qui en raison de l'état mental d'une personne :

- risque de mettre un terme prématurément à une vie (la sienne ou celle d'autrui) ;
- risque d'infliger des blessures pouvant compromettre sérieusement la sécurité ou la santé (la sienne ou celle d'autrui).

Par **danger immédiat**, il est entendu tout geste, toute menace, toute intention ou toute idée planifiée présentant un danger grave pour la vie ou la santé de la personne ou celle d'autrui mis à exécution dans un passé récent (dernières heures) ou dont l'exécution est prévue sur le moment même ou encore dans les heures qui suivent.

[1] Inspiré d'un texte de Michel Diotte pour le Centre d'aide par le comité Justice, sécurité publique et santé et services sociaux janvier 2000.

ANNEXE 7

CHARTE QUÉBÉCOISE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE

PRINCIPAUX ARTICLES

LIBERTÉS ET DROITS FONDAMENTAUX

Article 2

Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.

CODE CIVIL

Article 14

Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de quatorze ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de douze heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

Article 18

Lorsque la personne est âgée de moins de quatorze ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur; l'autorité du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.

Article 39

Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis :

a) si ses parents ne vivent plus, ne s'en occupent plus ou cherchent à s'en défaire ;

b) si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents ;

c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés ;

d) s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde ;

e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique ;

f) s'il est forcé ou incité à mendier, à faire un travail disproportionné à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge ;

g) s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence ;

h) s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour corriger la situation ou n'y parviennent pas.

Le paragraphe *g* ne s'applique pas si l'enfant est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements de la part d'une personne autre que ses parents et que ceux-ci prennent les moyens nécessaires pour corriger la situation.

Article 38.1

La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis :

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation, un centre d'accueil ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de **la protection** de la jeunesse ;

b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison ;

c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soins, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis deux ans.

39. Toute personne, même liée par le secret professionnel, qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis au sens du paragraphe *g* de l'article 38, est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis au sens des paragraphes *a, b, c, d, e, f ou h* de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré compromis au sens de ses dispositions. Toute personne autre qu'une personne visée dans le deuxième alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré compromis au sens des paragraphes *a, b, c, d, e, f ou h* de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

Les premier et deuxième alinéas ne s'appliquent pas à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des informations concernant une situation visée dans l'article 38 ou 38.1.

Article 600

Les père et mère exercent ensemble l'autorité parentale. Si l'un des deux décède ou est déchu de l'autorité parentale ou n'est pas en mesure de manifester son autorité, l'autorité est exercée par l'autre.

Article 605

Que la garde de l'enfant ait été confiée à l'un des parents ou à une tierce personne, quelles qu'en soient les raisons, les père et mère conservent le droit de surveiller son entretien et son éducation et sont tenus d'y contribuer à proportion de leurs facultés.

Article 1471

La personne qui porte secours à autrui ou qui, dans un but désintéressé, dispose gratuitement de biens au profit d'autrui est exonérée de toute responsabilité pour le préjudice qui peut en résulter, à moins que ce préjudice ne soit dû à sa faute intentionnelle ou à sa faute lourde.

Article 1474

La faute lourde est celle qui dénote une insouciance, une imprudence ou une négligence grossière.

ANNEXE 8

FORMULAIRES POUR LA SIGNATURE DES ENTENTES DE SERVICES POUR LES SITUATIONS DE CRISE ET SUICIDE

Modèles de différents formulaires envoyés à chaque ressource concernée afin que chaque directeur(trice) ou commandant de district signe son accord sur les Ententes de services. Nous leur demandons de retourner le formulaire dûment complété. Ainsi, via ce formulaire, la ressource nous fait part de son accord et de son implication dans l'application des procédures élaborées dans les Ententes ainsi que de sa volonté à y collaborer.

ENTENTES DE SERVICES POUR LES SITUATIONS DE CRISES ET SUICIDE

CENTRES DE RÉADAPTATION
CENTRES HOSPITALIERS
CLSC
CENTRE PRÉVENTION SUICIDE
INFO-SANTÉ RÉGIONAL
SERVICES AMBULANCIERS
SÛRETÉ DU QUÉBEC
SÛRETÉ MUNICIPALE

Les présentes Ententes entre en vigueur le 1er mai 2001. Elles sont automatiquement renouvelées chaque année, à moins que l'une ou l'autre des parties ne demande des modifications ou n'y mette fin en remettant à la Régie régionale un avis écrit trois (3) mois avant la date de renouvellement.

En foi de quoi, je donne mon accord aux présentes Ententes de services.

DATE : _____

LIEU : _____

ÉTABLISSEMENT :_____

DIRECTEUR(TRICE) GÉNÉRAL(E) :
_____

Une démarche soutenue par

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

ENTENTES DE SERVICES POUR LES SITUATIONS DE CRISES ET SUICIDE

CENTRES DE RÉADAPTATION
CENTRES HOSPITALIERS
CLSC
CENTRE PRÉVENTION SUICIDE
INFO-SANTÉ RÉGIONAL
SERVICES AMBULANCIERS
SÛRETÉ DU QUÉBEC
SÛRETÉ MUNICIPALE

Les présentes Ententes entre en vigueur le 1er mai 2001. Elles sont automatiquement renouvelées chaque année, à moins que l'une ou l'autre des parties ne demande des modifications ou n'y mette fin en remettant à la Régie régionale un avis écrit trois (3) mois avant la date de renouvellement.

En foi de quoi, je donne mon accord aux présentes Ententes de services.

DATE : _____

LIEU : _____

SÛRETÉ DU QUÉBEC:_____

COMMANDANT DU DISTRICT: _____

Une démarche soutenue par

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

ENTENTES DE SERVICES POUR LES SITUATIONS DE CRISES ET SUICIDE

CENTRES DE RÉADAPTATION
CENTRES HOSPITALIERS
CLSC
CENTRE PRÉVENTION SUICIDE
INFO-SANTÉ RÉGIONAL
SERVICES AMBULANCIERS
SÛRETÉ DU QUÉBEC
SÛRETÉ MUNICIPALE

Les présentes Ententes entre en vigueur le 1er mai 2001. Elles sont automatiquement renouvelées chaque année, à moins que l'une ou l'autre des parties ne demande des modifications ou n'y mette fin en remettant à la Régie régionale un avis écrit trois (3) mois avant la date de renouvellement.

En foi de quoi, je donne mon accord aux présentes Ententes de services.

DATE : _____

LIEU : _____

SÛRETÉ MUNICIPALE :_____

DIRECTEUR DE POLICE :_____
OU
DIRECTEUR GÉNÉRAL : _____

Une démarche soutenue par

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

ENTENTES DE SERVICES POUR LES SITUATIONS DE CRISES ET SUICIDE

CENTRES DE RÉADAPTATION
CENTRES HOSPITALIERS
CLSC
CENTRE PRÉVENTION SUICIDE
INFO-SANTÉ RÉGIONAL
SERVICES AMBULANCIERS
SÛRETÉ DU QUÉBEC
SÛRETÉ MUNICIPALE

Les présentes Ententes entre en vigueur le 1er mai 2001. Elles sont automatiquement renouvelées chaque année, à moins que l'une ou l'autre des parties ne demande des modifications ou n'y mette fin en remettant à la Régie régionale un avis écrit trois (3) mois avant la date de renouvellement.

En foi de quoi, je donne mon accord aux présentes Ententes de services.

DATE : _____

LIEU : _____

SERVICE AMBULANCIER:_____

DIRECTEUR(TRICE) GÉNÉRAL(E) :
_____

Une démarche soutenue par

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée